

برخی از چالش‌های بهداشت روان و اعتیاد در ایران

دکتر محمدباقر صابری زعفرندی*

[دریافت مقاله: 1389/2/9؛ پذیرش مقاله: 1389/2/20]

بخش‌های دیگر سلامت (جسمی، اجتماعی و معنوی) انکارپذیر نیست. جدا از تعریف سلامت، با توجه به ارتباط نزدیک این بخش از سلامت با بهداشت عمومی و عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (پرینس¹ و همکاران، 2007) می‌توان گفت بدون سلامت روان، دستیابی به بخش‌های دیگر سلامت امکان‌ناپذیر است (ریبا²، 2010). رنجوری و در معرض آسیب بودن 5 درصد (450 میلیون نفر) مردم جهان (سازمان جهانی بهداشت، 1995) و 21 درصد از جمعیت کشورمان (نوربالا، عاطف‌وحید، باقری یزدی و یاسمی، 2002) از یکی از ناهنجاری‌های روان‌پزشکی، مقوله بهداشت روان را به‌عنوان یک اولویت قطعی و اصلی و نه در حد تعارف‌های معمول در جهان و ایران اجتناب‌ناپذیر کرده است. ایران در اصلاح نگرش‌های نادرست به مقوله اختلال‌های روان‌پزشکی و مشکل اعتیاد، نه تنها در میان عموم مردم، بلکه در میان سیاست‌مداران و مدیران ارشد، گام‌های بزرگی برداشته است، به‌طوری‌که امروزه هیچ مسئولی هر چند در حد شعار اهمیت سلامت روان را نادیده نمی‌گیرد. ولی با نگاه به آینده باید گفت هنوز راه‌های نرفته زیادی در پیش رو است و لازم است گام‌های اساسی و بنیادی‌تری برداشته شود.

2- نامناسب بودن ساختار و کمبود اعتبار مالی

ایران یکی از کشورهای پیشرو در ایجاد و گسترش ساختار سلامت روان، به‌خصوص در زمینه ارتباط ساختارهای کشوری سلامت روان و اعتیاد در وزارت بهداشت با الگوی ادغام سلامت روان در مراقبت بهداشتی اولیه³ (PHC) بوده است،

پیرو فراخوان مسئولان محترم مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران برای نظرخواهی از صاحب‌نظران حوزه سلامت روان در مورد «چالش‌های پیش‌روی بهداشت روان و پیش‌گیری از سوءمصرف مواد در ایران»، نخستین نشست علمی «بررسی چالش‌های سلامت روان و نظام سلامت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشور» در سالروز ولادت امام حسن مجتبی (ع)، برابر با چهارم شهریور سال 1389 هجری شمسی به دعوت انجمن علمی روان‌پزشکان ایران، در محل دفتر مطالعات اسلامی انسیتو روان‌پزشکی تهران برگزار شد. متن حاضر برداشتی از مهم‌ترین چالش‌های پیش‌روی بهداشت روان است که در آن نشست ارائه شد، چالش‌هایی که اگر به درستی به آن پرداخته نشود، تأثیر آن در توقف روند روبه‌رشد بهبود سلامت روان کشور دور از انتظار نخواهد بود. امید است این نوشتار آغازی باشد تا صاحب‌نظران با بررسی همه‌جانبه و ژرف چالش‌های موجود و نقد کارایی نظام سلامت در حوزه سلامت روان و اعتیاد، راه را برای حفظ و بهبود سلامت روان جامعه هموار سازند. به هر میزان موضوع‌های مهم اجتماعی مانند سلامت روان و اعتیاد مورد نقد علمی، اگرچه بی‌رحمانه، قرار گیرد، جامعه از فواید آن در قالب اصلاح سیاست‌ها و عملکردها و کاهش خطاها بهره‌مند خواهد شد.

1- نگاه نادرست و نگرش نه‌چندان منطقی مردم، متخصصان و

سیاست‌گذاران سیاسی و بهداشتی به مقوله سلامت روان

امروزه اهمیت سلامت روان و تأثیر جدی آن بر

* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، مدیرکل وقت دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، مدیرکل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر. تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصوری، انسیتو روانپزشکی تهران. دورنگار: 021-66506853

E-mail: saberiza4@yahoo.com

1- Prince 2- Riba
3- Primary Health Care

به گونه‌ای که نخستین برنامه ملی بهداشت روان کشور در سال 1365 تدوین شد، که هدف آن ادغام برنامه بهداشت روان در نظام مراقبت‌های اولیه بود (رحیمی موفر و همکاران، 2008).

ضعف در ساختار مناسب و تعریف شده برای اطمینان از اجرایی شدن برنامه‌های سلامت روان در سطح کشوری، استانی و شهرستانی مشکلاتی را برای کشورهای منطقه ایجاد کرده است، به طوری که در مدیترانه شرقی تنها 12 کشور در حوزه سلامت روان و از میان آنها تنها چهار کشور برای مداخله‌های روان‌شناختی در موارد اضطرابی و بحران‌های طبیعی برنامه و سیاست مشخص دارند (یاسمی و همکاران، 2001).

بررسی چهار دوره تاریخ روان‌پزشکی و بهداشت روان در کشور، از نگهداری رقت‌بار بیماران در دارالمجانین (پیش از سال 1320) تا تشکیل نخستین اداره بهداشت روان و آغاز فعالیت‌های پژوهشی در حوزه سلامت روان (سال‌های 1320 تا 1350)، الگوی خدمات بهداشت روان جامعه‌نگر و ارتقای ساختار بهداشت روان به اداره کل با وظایف جدی آموزشی - پژوهشی و برنامه‌ریزی کلان بهداشت روان و ایجاد بیمارستان‌ها و مراکز جدید درمانی (دهه پنجاه) نشان‌گر روند روبه‌رشدی است. با این وجود، روند کار مورد رضایت کارشناسان این حوزه نیست، هم‌چنان که تصمیم‌گیری‌های اتخاذ شده برای نزول شأن سازمانی دفتر سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت با روند یادشده هم‌خوانی ندارد. برخلاف تلاش‌های مدیریت کلان وزارت بهداشت در دولت نهم مبنی بر حفظ و ارتقای ساختار دفتر مذکور، حداقل در حد اداره کل با مأموریت فعالیت در سه زمینه سلامت روانی، سلامت اجتماعی و اعتیاد، نزول جایگاه دفتر به مشاور معاون وزیر را می‌توان نگاه نادرست و کارشناسی نشده به بهداشت روان در کشور تفسیر کرد. شکاف درمانی¹ برای ناهنجاری‌های روانی در تمام کشورها بسیار زیاد است؛ شکافی عمیق میان شیوع بیماری‌های روان‌پزشکی از یک سو و تعداد افراد دریافت‌کننده مراقبت‌های اولیه درمانی از سوی دیگر. بنابراین به دلیل وضعیت پیچیده و در معرض تهدید جامعه ما، حذف یا تضعیف ساختار تشکیلاتی می‌تواند به عمیق‌تر شدن این شکاف در حوزه روان‌پزشکی، به‌ویژه در استان‌های محروم بینجامد.

هدف برنامه‌های بهداشت روان نه تنها در حوزه درمان، بلکه در حوزه پیش‌گیری و ارتقای امنیت روانی، کاهش فشار و بار اختلال‌های روانی است. اجرایی شدن این اهداف نیازمند

منابع کافی است و فرایند تأمین منابع بدون وجود ساختار مناسب دشوار است. با وجود گام مثبت ایجاد ردیف اعتباری مستقل برای بهداشت روان و اعتیاد در سال‌های پیشین در وزارت بهداشت، سهم بهداشت روان از کل اعتبار سلامت تنها 3 درصد بوده است. بدیهی است با افول ساختار مربوطه در وزارت بهداشت، در آینده برای تأمین و افزایش اعتبار، متناسب با مأموریت‌ها و گستردگی مداخله‌های بهداشت روان، تلاشی صورت نخواهد پذیرفت و در کنار منتفی شدن اعتبارهای اندک کنونی، شاهد اختصاص بخش قابل‌توجهی از منابع مالی به دستگاه‌های غیرتخصصی و حتی با کارکردهای غیر سلامت خواهیم بود.

3- فرسوده بودن شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه

از سال 1365 در کوران جنگ تحمیلی، دوره چهارم تاریخ بهداشت روان کشور شروع شد. در آن دوره حساس، ادغام خدمات بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، امکان پیوند ارایه این خدمات با بدنه بزرگ شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور را پایه‌گذاری کرد. در این الگو از بیرونی‌ترین تا تخصصی‌ترین سطح، آموزش، بیماریابی، درمان، ارجاع و پیگیری بیماری‌های مهم روان‌پزشکی انجام می‌شد. این برنامه طی بیش از بیست سال گذشته گسترش یافته و اکثریت جمعیت روستایی کشور را زیر پوشش داشته است، که خود تحولی انقلابی و انقلابی در ارایه خدمات سلامت روان در کشور بود. متناسب با تغییر ساختار جمعیتی، تحول اقتصادی و سیاسی و توسعه شهرنشینی، این برنامه با گذشت بیش از دو دهه هنوز مورد بازبینی قرار نگرفته است. نبود توان و پویایی لازم در شبکه کنونی، پاسخ‌گویی به شرایط امروز را سخت کرده است. بنابراین بازنگری در اهداف و زیرساخت‌های شبکه و ارتقای سطح کمی و کیفی نیروهای محیطی و ستادی ضروری است. در چند سال اخیر بازبینی نظری برنامه کشوری سلامت روان در اداره کل سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد شروع شده بود، که به دلایل برشمرده ادامه کار با مشکلاتی روبه‌رو شد.

4- مبتنی نبودن آغاز و ادامه برنامه‌ها بر ساختارهای ملی

در کنار ضعف در ساختار و نامتناسب بودن اعتبارهای اختصاص‌یافته با نیازها و شرایط امروز کشور در حوزه سلامت روان، مبتنی نبودن آغاز و ادامه برنامه‌ها بر ساختارهای ملی، مانند کمیته کشوری بهداشت روان، از دیگر چالش‌های

1- treatment gap

بهداشت در مورد اختصاص دست کم 10 درصد ظرفیت بستری بیمارستان‌های عمومی به تخت روان‌پزشکی را با وقفه روبه‌رو کرده است. در سال 1388 با پیگیری مسئولان امر در دفتر سابق سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد و مداخله و همت معاون سلامت وزارت بهداشت برای نخستین بار در بودجه سالانه، تعرفه تخت روز بیمارستان‌های روان‌پزشکی برابر با تخت‌های داخلی در نظر گرفته شد و با این کار تا حدی از زیان‌دهی تخت‌های روان‌پزشکی کاسته شد. در عین حال پوشش ناکافی و غیرمؤثر حمایت‌های بیمه‌ای از بیماران و محدود شدن پوشش بیمه‌ای به بخشی از خدمات درمانی و پوشش ندادن مداخله‌های غیردارویی و شامل نشدن بیماری‌های مزمن روان‌پزشکی در فهرست بیماری‌های خاص (وزیران، 2003) همچنان از چالش‌های پیش‌روی سلامت روان کشور است.

7- انگ در روان‌پزشکی

اگرچه کیفیت خدمات بهداشت روان و تأثیر درمان‌های روان‌پزشکی در طول 50 سال پیشرفت روزافزون داشته است (عاطف وحید، 2004)، اما هنوز بسیاری از افراد به بهره‌گیری از این خدمات تمایل ندارند، که یکی از دلایل آن وجود انگ است. انگ برچسبی است که موجب تحقیر یا تبعیض فرد یا گروه دارنده آن در جامعه می‌شود. از بیم انگ درصد قابل توجهی از مردم، حتی در کشورهای پیشرفته، برای درمان مراجعه نمی‌کنند و یا در صورت مراجعه، درمان خود را به شکل درست و کامل ادامه نمی‌دهند. بنابراین انگ به افزایش بیماران درمان‌نشده و پیرو آن افزایش هزینه‌های بهداشتی کشور منجر می‌شود. بررسی پیشینه تاریخی انگ و شناسایی عوامل اجتماعی، فرهنگی و تاریخی مرتبط، بررسی روش‌های مؤثر در کاهش آن و تقویت نقش رسانه برای افزایش آگاهی‌های عمومی راهبردی است که لازم است مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گیرد (صابری زفرقندی، 2010). گسترش بخش‌های روان-تنی و اختصاص تخت‌های روان‌پزشکی در بیمارستان‌های عمومی، که از سالیان پیش از اولویت‌های کاری وزارت بهداشت بوده است، نیز نقش به‌سزایی در کم‌رنگ کردن این انگ دارد. افزایش آگاهی از نقش تخریبی کاربرد کلماتی مانند دیوانه، روانی، تیمارستان و دارالمجانین، در گفت‌وگوهای عادی، رسانه‌ای، فیلم و سریال و به‌ویژه در متون قانونی و حقوقی باید مورد توجه قرار گیرد (همان‌جا).

جدی است. سال‌های متمادی به دلایل نامشخص کمیت‌ه کشوری سلامت روان فعال نبوده است. از سال 1385 با تدوین آیین‌نامه‌ای جدید و پس از پی‌گیری‌های زیاد، سرانجام با ابلاغ وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نخستین جلسه با حضور ایشان و معاون سلامت تشکیل شد. فعال شدن کارگروه‌ها و تشکیل جلسه‌ها امید تازه‌ای در دل‌ها زنده کرد، تا بتوان برنامه‌ها را مبتنی بر عقل جمعی و با پشتوانه کارشناسی به سرانجام رسانید. امید می‌رود با تغییر و تحول‌های انجام‌شده در ساختار وزارت بهداشت، این مهم بار دیگر به فراموشی سپرده نشود.

5- وجود دستگاه‌های موازی و غیرحرفه‌ای در کشور در

حوزه سلامت روان و اعتیاد

تسلط ساختارهای موازی و غیرحرفه‌ای در روند تصمیم‌سازی، تصمیم‌گیری و اجرا، چالشی است که اختیار را از دست متولی قانونی و حرفه‌ای سلامت کشور، یعنی وزارت بهداشت، ربوده است. با تلاش فراوان در سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه، یکپارچگی در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی مورد تأکید و تصویب قرار گرفت و پیرو آن، هماهنگی با تبصره 1، بند د، ماده 32 قانون برنامه پنجم توسعه تمامی ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی کشور (دولتی و غیردولتی) موظف شدند از خط‌مشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیروی کنند. اصلاح این روند باید با شتاب بیشتر صورت پذیرد تا تمامی خدمات سلامت روان در بستر قانونی و تخصصی و مبتنی بر شواهد علمی قرار گیرد. چندپاره‌شدن وظایف نظام سلامت در حوزه اعتیاد و بهداشت روان، آسیبی است که دست‌یابی به هدف‌های ازپیش‌تعیین‌شده را ناممکن می‌سازد، از سوی دیگر به دلیل ماهیت موضوع‌های اجتماعی، در بیشتر موارد مداخله نکردن بهتر از مداخله نادرست است و این چندپارگی ممکن است صدمات جبران‌ناپذیری را به دنبال داشته باشد.

6- حمایت‌های ناپایدار و غیرمؤثر بیمه‌ای

هر چند بخش بزرگی از منابع سلامت روان بر درمان‌های بیمارستانی متمرکز است، با این حال هزینه‌بر بودن بخش‌های روان‌پزشکی از چالش‌های جدی حوزه درمان است. تعرفه بسیار پایین تخت روز بخش روان‌پزشکی، بخش روان‌پزشکی را در کنار بخش سوختگی، به یک بخش زیان‌ده بیمارستانی تبدیل کرده است. همین موضوع دستورالعمل وزارت

8- بهداشت روان شهری

به دلیل تغییر ساختار جمعیتی کشور به‌سوی افزایش شهرنشینی و به‌ویژه حاشیه‌نشینی (نقوی و همکاران، 2005)، تغییر و تحول سریع اولویت‌ها و خط‌مشی‌هایی مورد نیاز است که سال‌ها پیش برپایه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آن زمان تدوین شده بوده است. بنابراین لازم است با توجه به یافته‌های پژوهشی در زمینه همه‌گیرشناسی، نیازسنجی جامعه و ارزیابی برنامه‌ها از نظر هزینه-اثر بخشی، همچنین توجه به مسایل فرهنگی و اجتماعی، برنامه‌های موجود بازنگری شوند. روان‌پزشکی مبتنی بر جامعه می‌تواند جایگزین نظام شبکه روستایی و شهری در حوزه سلامت روان باشد، که این مهم با چالش‌هایی از جمله تغییر نگاه سیاست‌گذاران بهداشتی، نظام بیمه‌ای، ابهام در تأمین اعتبار لازم و پیوستگی در تخصیص منابع روبرو است.

9- کمبود نیروهای تخصصی بهداشتی و درمانی در حوزه سلامت روان

کمبود روان‌پزشک، روان‌شناس بالینی و پراکندگی ناهمگون آنها در کشور، در کنار کافی نبودن درآمد متخصصان حوزه سلامت روان نسبت به سایر رشته‌های پزشکی، چالشی است که بر بسیاری از برنامه‌های مؤثر در بخش سلامت روان سایه انداخته است. برای جبران کمبود روان‌پزشک در استان‌ها و شهرستان‌هایی که زیرپوشش شبکه بهداشتی و درمانی هستند، به آموزش پزشکان عمومی برای آشنایی با اختلال‌های روان‌پزشکی نیاز است. در حال حاضر دوره‌های کارآموزی و کارورزی دانشجویان پزشکی در بخش‌های روان‌پزشکی و دوره‌های بازآموزی تا حدی این معضل را کاهش داده است، ولی این دوره‌ها بر پایه برنامه از پیش تدوین‌شده در یک ساختار ثابت همراه با اختصاص اعتبار لازم و پایدار نیست، حتی هنوز هم مقاومت‌هایی در چرایی و چگونگی دوره‌های آموزشی روان‌پزشکی برای پزشکان عمومی و افزایش ظرفیت پذیرش دستیاران تخصصی روان‌پزشکی و گسترش آموزش روان‌شناسی بالینی زیر نظر وزارت بهداشت وجود دارد. به‌ویژه آموزش روان‌شناسی بالینی در حوزه غیر از وزارت بهداشت که بخش‌های بیمارستانی و بالینی ندارند و این امر منجر به تسلط ناکافی و حداقلی دانشجویان در مواجهه با بیماران می‌شود، موضوع درخور توجهی است، که باید به آن پرداخته شود.

10- پیش‌گیری و درمان سوءمصرف مواد مخدر

موقعیت استراتژیک ایران و قرار گرفتن آن در کنار کشورهایی مانند افغانستان و پاکستان بازار مصرف داخلی مواد مخدر را رونق بخشیده است (وزیران، 2003). مروری بر برنامه‌های کاهش تقاضای مواد در ایران نشان می‌دهد که هرچند هیچ کشوری به اندازه ایران در زمینه مبارزه با قاچاق مواد مخدر فعالیت نداشته است. بررسی‌های انجام‌شده در زمینه شیوع اعتیاد در ایران در سالیان اخیر، همگی شیوع نسبتاً بالای اعتیاد در کشور را نشان داده‌اند (همان‌جا). مواد مخدر یکی از مشکل‌های اصلی بهداشتی کشور و مسبب شیوع برخی از بیماری‌های عفونی است، به‌طوری‌که حدود 66 درصد موارد گزارش‌شده آزمایش مثبت ایدز در سال 1389 به دلیل اعتیاد تزریقی بوده است (مرکز مدیریت بیماری‌های وزارت بهداشت، 2010). بنابراین با توجه به شیوع بالای اعتیاد در کشور و مشکلات بهداشتی-اجتماعی ناشی از آن، در نظر گرفتن اعتیاد به عنوان یکی از چند اولویت بهداشتی کشور که سلامت جامعه را به خطر می‌اندازد، بسیار منطقی است که باید برای پیش‌گیری و درمان آن برنامه‌ریزی اصولی و گسترده انجام شود.

با گسترش دیدگاه بیماری‌نگر به معتاد، وزارت بهداشت از سال 1383 برای پیش‌گیری و درمان اعتیاد، ادغام برنامه پیش‌گیری و درمان سوءمصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه را آغاز کرده است، تا امکان اولیه درمان معتادان توسط پزشکان عمومی و متخصصان آموزش‌دیده را فراهم نماید. با توجه به توانمندی نسبی ساختاری شبکه بهداشتی درمانی و پوشش نسبتاً کامل آن به‌ویژه در مناطق روستایی، در حال حاضر هیچ سازمان و تشکیلات دیگری از توانایی‌های برابر برخوردار نیست (دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، 2008). گسترش مراکز درمانی به استان‌ها برای تسهیل دسترسی، ورود وزارت بهداشت در امر پیش‌گیری و درمان اعتیاد و گسترش درمان‌های دارویی و غیردارویی از جمله کارهای مثبت کشور ارزیابی می‌شود. ولی فراوانی مراکز تصمیم‌گیرنده، نبود نگاه فراگیر و مسئولانه به اعتیاد، مبتنی نبودن برنامه‌ها بر شواهد پژوهشی و علمی، نبود نظام پایش و ارزیابی برنامه‌ها، سهم ناچیز متولی سلامت در حوزه سیاست‌گذاری، کم‌رنگ دیدن نقش ادغام برنامه‌های پیش‌گیری و درمان در شبکه بهداشتی درمانی و ناکارآمد شدن برنامه‌های اجرا شده به دلیل دخالت

- Rahimi-Movaghar, A., Razaghi, E. M., Haghdooost, A. A., Saberi-Zafarghandi, M. B., Bashti, S., Mirzazadeh, A., Safarcherati, A., Noroozi, A. R., Roohparvar, R., & Mansouri, N. (2008). *The geographical distribution of psychosocial disorders resources and services in Iran, year 2005*. Tehran: Health Deputy of Ministry of Health and Medical Education of I.R. Iran. (Persian)
- Riba, M. (2010). *Chronic physical illnesses and mental illness: The need for integrated care*. Retrieved Oct 16, 2011, from <http://www.wfmh.org/2010DOCS/WMHDAY2010.pdf>.
- Saberi-Zafarghandi, M. B. (2010). Strategies of Ministry of Mental Health for de-stigmatization. *Abstract book of the mental health and media meeting: Destigmatization in psychiatry*, 23 Dec. 2010, P. 13.
- Vazirian, M. (2003). A review on drug demand reduction in Iran and recommendations for strategic development programs. *Social Welfare Quarterly*, 9(3), 145-201. (Persian)
- World Health Organization (1995). *Mental health: Strengthening our response*. Retrieved Oct 15, 2011, from <http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs220/en>.
- Yasamy, M. T., Shahmohammadi, D., Bagheri Yazdi, M. B., Layeghi, H., Bolhari, J., Razzaghi, E. M., Bina, M., Mohit, A. (2001). Mental health in the Islamic Republic of Iran: Achievements and areas of need. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7(3), 381-390.

دستگاه‌های نامرتب در دادن مجوز برای راه‌اندازی مرکز درمانی از چالش‌های مهم نظام سلامت در حوزه درمان و کاهش آسیب ناشی از اعتیاد است.

منابع

- Atef-Vahid, M. K. (2004). Mental health in Iran: Achievement and challenges. *Social Welfare Quarterly*, 14(4), 29-45. (Persian)
- Center for disease control MHME (2010) *Asibe Penhan Newsletter*. (Persian)
- Naghavi, M., Jafari, N., Jamshidbeigi, E., Vasegh, S. H., Azad, A. M., & Akbari, M. E. (2005). *Changes in the health situation among the rural population of Iran, Years 1983-1993*. Health Deputy of Ministry of Health and Medical Education of I.R. Iran. Tehran: Barge Rezvan Pub. (Persian)
- Noorbala, A. A., Atef-Vahid, M. K., Bagheri-Yazdi, S. A., & Yasami, M. T. (2002). Investigating the situation of mental health in Iranian 15-years and older people, year 1979. *Hakim Journal*, 5(1), 1-15. (Persian)
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). Global mental health: No health without mental health. *Lancet*, 370, 859-877.
- Psycho-social Health and Addiction Office (2008). *Iran report of integrating drug prevention and treatment in PHC from 1994-1997*. Prevention and Treatment of Drug Abuse Office, Ministry of Health and Medical Education of I.R. Iran. (Persian)